

Міністерство освіти та науки, молоді та спорту України
Міністерство охорони здоров'я
Сумський державний університет
Медичний інституту



АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА ПРАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

Topical Issues of Clinical and Theoretical Medicine

**Збірник тез доповідей
III Міжнародної науково-практичної конференції
Студентів та молодих вчених
(Суми, 23-24 квітня 2015 року)**

Суми
Сумський державний університет
2015

ООБЛИВОСТІ ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСУ У ДІТЕЙ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 1-го ТИПУ

Малиш Е.М., студент 6 курсу (ЛС-912)

Науковий керівник – доц. Зайцев І.Е.

Сумський державний університет,

кафедра педіатрії з курсом медичної генетики

Актуальність. Цукровий діабет - одне з найпоширеніших ендокринних захворювань, яке призводить до порушення всіх видів обміну речовин, ураження судин, нервової системи. Тому важливо визначити вегетативний статус у дітей з цукровим діабетом.

Мета. Визначення вегетативного статусу у дітей з цукровим діабетом 1 типу.

Матеріали та методи. Проведено оцінку вегетативного статусу у дітей з цукровим діабетом 1 типу, що знаходяться на стаціонарному лікуванні в ендокринологічному відділенні СОДКБ, за допомогою таблиць А.В. Вейна, що включають 53 показники. Було досліджено 97 дітей, що склало 22,2% від загального числа дітей з цукровим діабетом 1 типу (всього 436 дітей) та 8% від загального числа дітей, що проходили обстеження і лікування у відділенні нефро-ендокринології з 2011 по 2014 рік (всього 1200 дітей).

Результати. Всього досліджено 97 дітей, з них хлопчиків-44%, дівчаток -56%. Середній вік дітей, взятих на дослідження склав $10,2 \pm 4,2$ років. При розподілі вегетативного статусу виявлено, що в дебюті захворювання переважає симпатикотонія – 18 дітей (58,6%). При давності захворювання 1-3 роки виявлено незначне переважання симпатикотонії – 11 дітей (40%). При тривалості захворювання 4-6 років домінував парасимпатикотонічний тип – 10 дітей (40%). При тривалості захворювання більше 6 років виявлено переважання ейтонії-10 дітей (72%)

Висновок. У дебюті цукрового діабету у дітей виявлено переважання тонуусу симпатичної нервової системи. Для періоду стабілізації характерно переважання ваготонії. У віддаленому періоді перше місце займає ейтонічний тип нервової системи.

ФАКТОРИ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ ДЕСТРУКТИВНИХ ПНЕВМОНІЙ У ДІТЕЙ

Малиш К. М. – студентка 6 курсу, Бинда Т. П., доцент

Сумський державний університет,

Кафедра педіатрії післядипломної освіти з курсами ПП і ДІ

У структурі дитячої захворюваності патологія органів дихання займає одне з провідних місць. За даними літератури деструктивні пневмонії складають до 10 % від загальної кількості пневмоній у дитячому віці, а летальність серед цих хворих досягає 2-4 %.

Метою роботи було встановлення факторів ризику виникнення деструкції легень у дітей.

У дослідження було включено 23 дитини, яких поділили на 3 групи: 1 група (14 дітей) – хворі на дольову пневмонію, 2 група (5 дітей) – хворі на полісегментарну пневмонію, 3 група (4 дитини) – хворі на деструктивну пневмонію. Серед дітей 1 групи було 8 дівчаток та 6 хлопчиків віком від 2 місяців до 12 років. У 2 групі було 2 дівчинки та 3 хлопчика віком від 2 років до 7 років. 3 групу становили лише дівчатка віком від 1 до 3 років. Для дослідження використовувалися клінічні (збір анамнезу, скарг, дані фізикального обстеження), лабораторні (клінічний аналіз крові) й інструментальні (рентгенографія органів грудної клітки, комп'ютерна томографія) методи. Статистична обробка проводилася за допомогою статистичної програми SPSS 21.

При аналізі даних анамнезу захворювання дітей встановлено, що хворі на деструктивну пневмонію госпіталізувалися до стаціонару на 2,5 доби пізніше, ніж діти з дольовою пневмонією ($p < 0,05$). Антибактеріальне лікування на до госпітального етапі отримували 50 % дітей з деструктивною пневмонією, 60 % дітей з сегментарною пневмонією і 7,1 % дітей з дольовою пневмонією. Тривалість лихоманки у стаціонарі в дітей 3 групи була 6,7 днів, що на 3,6 дня більше, ніж у дітей 1 групи (3,1 дня, $p < 0,05$) і на 2,3 дня більшою, ніж у дітей 2 групи (4,4 дня).

При аналізі показника кореляції за критерієм Спірмена було доведено, що тривалість лихоманки вдома мала прямий середній зв'язок з прийомом антибактеріальних препаратів та прямий сильний з тяжкістю пневмонії.

Таким чином, факторами ризику виникнення деструктивних форм пневмонії у дітей є жіноча стать, ранній вік, пізня госпіталізація до стаціонару та нераціональний, неадекватний прийом антибактеріальних препаратів на догоспітальному етапі.

РОЛЬ НИРОК У МІКРОЕЛЕМЕНТНОМУ ЗАБЕЗПЕЧЕННІ ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ

Маркевич В.Е., проф., Петрашенко В.О. асистент, Школьна І., аспірант, Богданова Г.В.¹, Гапієнко О.І.¹

*СумДУ, кафедра педіатрії з курсом медичної генетики
¹Сумська обласна дитяча клінічна лікарня*

На сьогодні дефіцит мікроелементів в організмі є загальною проблемою. Аналіз сучасних даних літератури показав, що мікроелементи відіграють виключну роль у процесах росту, розвитку та адаптації дітей. Особливо важливі вони для життєдіяльності недоношених дітей.

Мета роботи: за показниками концентрації у сечі дослідити стан ниркової регуляції мікроелементної забезпеченості організму новонароджених різного гестаційного віку протягом неонатального періоду.

Концентрацію мікроелементів (заліза, цинку та міді) в сечі визначали у 92 здорових доношених новонароджених (група порівняння) та 94 недоношених дітей на 1-7-у, 8-14-у та 30-у добу життя, які залежно від гестаційного віку були поділені на три групи: I група - 42 дитини з гестаційним віком 35-37 тижнів (маса тіла при народженні – $2286,5 \pm 47$ г, гестаційний вік $35,5 \pm 0,13$ тижнів), II група - 31 дитина у терміні гестації 32-34 тижнів (маса тіла при народженні – $1968,4 \pm 45,2$ г, гестаційний вік - $32,6 \pm 0,13$ тижнів), III група - 21 дитина, народжена до 31 тижня гестації (маса тіла при народженні – $1391,42 \pm 76,6$ г, гестаційний вік - $29,6 \pm 0,5$ тижнів).

При визначенні рівня заліза у сечі новонароджених дітей залежно від терміну гестації у ранньому неонатальному періоді виявлено, що концентрація цього МЕ була тим більшою, чим меншим був гестаційний вік новонароджених ($0,923 \pm 0,11$ мкмоль/л у дітей I групи та $3,681 \pm 0,49$ мкмоль/л у недоношених III групи). Так, вміст Fe у сечі малюків III групи був у 5,5 рази більшим ніж у групі порівняння та значно зростав ($p < 0,001$) відносно дітей I та II групи. Протягом неонатального періоду концентрація заліза дещо збільшувалася у малюків I-II групи, але мала тенденцію до зниження у недоношених, терміном гестації менше 31 тижня. Наприкінці неонатального періоду вміст Fe у сечі малюків III групи був достовірно більшим за новонароджених I та II групи.

Концентрація міді у сечі недоношених, особливо дітей III групи, у ранньому неонатальному періоді була значно вищою, ніж у здорових доношених новонароджених ($p < 0,001$). Так, вже після народження вміст цього МЕ у сечі глибоконедоношених малюків був у 1,7 рази більшим відносно ЗДН та достовірно зростав порівняно з недоношеними I-II групи. Протягом неонатального періоду цей показник у недоношених новонароджених залишався сталим. Разом із тим, слід зауважити, що у доношених новонароджених до кінця неонатального періоду концентрація міді у сечі зменшувалася майже на 15% та навіть на кінець 30-ї доби була у 1,8 рази меншою, ніж у малюків III групи.

Концентрація цинку в сечі недоношених новонароджених протягом неонатального періоду не змінювалася та на кінець неонатального періоду не залежала від гестаційного віку і достовірно не відрізнялась від групи порівняння

Таким чином, для недоношених малюків у неонатальному періоді властива висока втрата із сечею таких мікроелементів як Fe, Cu. Окрім цього, для глибоконедоношених властива ще й висока втрата цинку. Це свідчить, що недоношених дітей, особливо, глибоконедоношених, слід віднести до групи високого ризику виникнення дефіциту та дисбалансу Fe, Cu та Zn.